

424/1275 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

A. Tardy Martorell¹, M. Sánchez Morillo², E. Carrasco Cavia³ e I. Vázquez Caballero¹

¹Médico de Familia. CAP Alcanar. Tarragona. ²Médico de Familia. Consultorio Les Cases d'Alcanar. Tarragona. ³Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Ràpita. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 50 años con antecedente de DM tipo 2, HTA, hipertrigliceridemia y enfermedad de Crohn colónica tipo fistulizante de más de 25 años de evolución tratada con infliximab desde 2010, cada 4 semanas. Consulta por 3 lesiones eritemato-decamatativas, poco induradas, de 4 meses de evolución, tras aparentemente la picadura de algún insecto que no desaparecen y han ido aumentado de tamaño. Se inicia tratamiento con antibiótico local y amoxicilina-clavulámico vía oral, sin mejoría de las lesiones, por lo que se suspende el tratamiento y se deriva al servicio de dermatología.

Exploración y pruebas complementarias: Tres placas rojas, granulomatosas con bordes rojos en brazo izquierdo, abdomen y pierna derecha, no dolorosas ni pruriginosas.

Orientación diagnóstica: El diagnóstico diferencial incluye: Picadura de insecto infectada-cronificada, Crohn metastásico y Leishmaniasis cutánea. Se realiza Punch-biopsia y cultivo, con el resultado en Anatomía Patológica compatible con leishmaniasis. Como se trata de un paciente inmunodeprimido, se programa ingreso para tratamiento parenteral con anfotericina y tratamiento tópico con glucantime.

Diagnóstico diferencial: Picadura de insecto infectada-cronificada. Crohn metastásico. Leishmaniasis.

Comentario final: La forma cutánea de Leishmania aparece principalmente en zonas expuestas y tienden a la curación espontánea, pudiendo durar meses y dejar cicatrices que pueden ser antiestéticas o limitantes. Se trata de una pápula o nódulo que evoluciona con ulceración y costra central. Su diagnóstico se realiza a través de biopsia y visualización de la Leishmania en las células. En pacientes inmunocomprometidos, como es el paciente de nuestro caso, el riesgo de reactivación está aumentado. En Atención Primaria, debemos sospechar la enfermedad ante un paciente en tratamiento con anti-factor de necrosis tumoral (anti TNF) en presencia de lesiones papulosas o nódulos con mala evolución para poder derivar, realizar el diagnóstico, posterior tratamiento de la forma más precoz.

Bibliografía

- Van Griensven J, Carrillo E, López-Vélez R, et al. Leishmaniasis in immunosuppressed individuals. Clin Microbiol Infect. 2014;20:286-99.
- Moreno Martínez MJ, Moreno Ramos MJ, Sánchez Pedreño P. Leishmaniasis cutánea. Una infección oportunista. Reumatol Clin. 2017;13(3):180-4.

Palabras clave: Leishmaniasis. Paciente inmunosuprimido.